

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 198

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DÉMÈTRE MATHIEU

Né le 25 Mars 1871, à Andrinople (Turquie)



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & C^e
3, Rue Stella, 3

1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 198

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DÉMÈTRE MATHIEU

Né le 25 Mars 1871, à Andrinople (Turquie)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. X...
Cliniques chirurgicales	LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX. COLLET. BOYER. BARRAL. MOREAU. VALLAS.	MM. SIRAUD. DURAND. PIC. PAVIOT. NOVÉ-JOSSERAND	MM. BÉRARD. SAMBUC. BORDI COURMONT (P). CHATIN.	MM. VILLARD. TIXIER. FABRE. REGAUD. CAUSSE, ch...
--	--	--	--

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, *Président* ; M. VALLAS, *Assesseur* ;
MM. SIRAUD et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553627_0086

INTRODUCTION

En suivant la clinique de notre maître, M. le professeur JABOULAY, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de fibrome naso-pharyngien à prolongements multiples et dont le développement a été anormal. Le cas nous a paru assez intéressant pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant d'aborder l'étude de cette question, nous avons un devoir bien agréable à remplir. Notre maître, M. le professeur JABOULAY, nous ayant fait l'honneur de nous donner l'idée de ce travail et d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de bien vouloir agréer nos sentiments de profonde reconnaissance.

Nous tenons à associer à ce respectueux hommage tous nos maîtres de la faculté et des hôpitaux pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué avec tant de sollicitude et de bienveillance.

Que M. CAVAILLON, interne des hôpitaux, à l'obligance duquel nous devons l'observation sur laquelle

repose ce modeste travail veuille bien recevoir aussi l'expression de notre gratitude.

Dans cette étude des fibromes naso-pharyngiens nous insisterons surtout sur les particularités qu'a présentées notre malade.

Nous diviserons notre travail en quatre chapitres :

Chapitre I^{er}. — Anatomie pathologique et développement.

Chapitre II. — Symptômes et diagnostic.

Chapitre III. — Traitement.

Chapitre IV. — Observations.

Chapitre V. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DÉVELOPPEMENT

Le lieu d'origine des fibromes naso-pharyngiens est le périoste des os de la base du crâne. Le point de départ le plus habituel est la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital. L'insertion en ce point s'explique par l'épaisseur considérable du périoste qui la recouvre. « La face inférieure de l'apophyse basilaire, dit M. le professeur Tilleux, est recouverte d'un trousseau fibreux qui offre une épaisseur considérable, sa forme est triangulaire ; le sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde, la base regarde la cavité pharyngienne, son épaisseur chez l'adulte est de 18 millimètres et sa hauteur de 27 millimètres.

Ainsi donc, conformément aux données de l'anatomie normale l'insertion sur ce point est vraie dans l'immense majorité des cas. Cependant il existe certaines

exceptions. Alors l'insertion primitive peut se faire sur les points suivants :

1° La partie la plus reculée de la lame de l'ethmoïde et des cornets ;

2° L'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et la face inférieure du corps du sphénoïde ;

3° Les premières vertèbres cervicales et les environs de la trompe d'Eustache ;

4° Les sinus sphénoïdaux, maxillaires, frontaux.

D'ailleurs les insertions des polypes peuvent s'étendre sur des surfaces très larges, car les fibromes de la base du crâne constituent plutôt des tumeurs sessiles dans un très grand nombre de cas, que des tumeurs pédiculées. C'est ainsi que M. le professeur Brouardel, dans une autopsie a rencontré un polype présentant une insertion continue très solide dans tous ses points et s'étendant de l'apophyse basilaire aux sinus sphénoïdaux, aux cellules de l'ethmoïde et aux parois du vomer jusqu'au niveau du cornet inférieur.

A côté de ces insertions vraies ou primitives, nous devons placer les insertions secondaires ou fausses. Celles-ci se produisent pendant l'évolution du polype et constituent de véritables adhérences. Leur mécanisme est des plus simples. La muqueuse qui recouvre le polype s'enflamme, s'ulcère et s'accole à une autre muqueuse également enflammée. Le travail de cicatrisation des ulcérations amène une adhérence.

Ces insertions secondaires du fibrome d'ordinaire multiples sont considérées par Michaux et beaucoup d'autres auteurs comme primitives.

Dans notre observation le plafond pharyngien paraît

être le point d'implantation primitif de la tumeur, mais celle-ci a contracté secondairement des adhérences avec le corps du sphénoïde, l'apophyse ptérygoïde et le maxillaire supérieur.

La mobilité d'une tumeur fibreuse naso-pharyngienne est en général très restreinte, son *volume* au contraire peut acquérir des proportions extraordinaires.

Au début le polype affecte la forme d'une masse globuleuse appendue à un pédicule court et épais, ou même sessile. En augmentant de volume, il ne tarde pas à se diviser en plusieurs lobes et à pousser des prolongements plus ou moins nombreux qui se dirigent le plus souvent du côté des points qui leur offrent le moins de résistance. Ces prolongements suivent des directions en général déterminées.

Les fosses nasales et le pharynx buccal sont envahis les premiers. Le lobe nasal avance vers cette cavité et souvent se divise en deux au niveau de la cloison pour occuper les deux fosses nasales, parfois même il arrive à déborder la narine et à descendre au devant de la lèvre supérieure. La communication des sinus frontaux, sphénoïdaux, maxillaires, des cellules éthmoïdales avec les fosses nasales, nous permet de comprendre l'envahissement de ces cavités par la tumeur dès que celle-ci a poussé un prolongement dans les fosses nasales.

Quant au lobe pharyngien, il repousse en avant le voile du palais, quelquefois même, il détruit la voûte osseuse palatine et avec le temps il apparaît dans la cavité buccale. Ce lobe peut descendre jusqu'à l'orifice du larynx.

Le prolongement zygomatique est en général unila-

téral et passe à travers la fosse pterygo-maxillaire. Ce prolongement arrêté par la branche montante du maxillaire supérieur envahit la fosse temporale.

Le polype peut envahir la cavité orbitaire, soit par destruction de sa paroi interne, l'unguis de préférence, soit par la fente sphéno-maxillaire.

Dans notre cas, c'est le prolongement intra-crânien qui a pénétré dans l'orbite en perforant son plafond.

Enfin, les fibromes peuvent envahir la cavité crânienne, soit par destruction des parois des sinus frontaux, soit par perforation de la lame criblée de l'éthmoïde ou des cellules éthmoïdales. Ils peuvent encore se frayer un passage à travers les os sur lesquels ils s'insèrent en les envahissant progressivement.

En général, les polypes n'envoient ces prolongements en dehors des lobes nasaux et pharyngiens, que quand l'un et l'autre de ceux-ci ont acquis un grand développement; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Notre observation nous prouve que les polypes naso-pharyngiens peuvent présenter un développement anormal: Dans notre cas, la tumeur n'occupe ni les fosses nasales, ni le pharynx; elle s'est développée excentriquement. Les deux voies les plus pratiques ont été délaissées.

Née dans le pharynx nasal au point d'implantation classique des fibromes naso-pharyngiens; la tumeur s'est développée dans deux directions: l'une supérieure, l'autre latérale.

Le prolongement supérieur a pénétré dans le crâne après avoir détruit l'apophyse basilaire et le corps du sphénoïde. C'est ce même prolongement intra-crânien

qui a envahi à son tour la cavité orbitaire: Au lieu de passer par la fente sphénoïdale vers laquelle il se dirige, il gagne la cavité rétro-oculaire en effondrant son plafond.

Le prolongement latéral occupe la fosse ptérygo-maxillaire et la fosse zygomatique, il contourne le maxillaire supérieur et vient faire saillie à la face où il provoque une déformation assez prononcée.

La structure de ces tumeurs est particulière.

Ce sont des fibromes en voie d'évolution. Elles sont constituées: 1° par des fibres conjonctives; 2° des éléments cellulaires jeunes; 3° des vaisseaux.

1° Pendant que le périoste dont ils émanent est composé de fibres entrecroisées, les fibres des polypes sont parallèles entre elles, fortement serrées les unes contre les autres et perpendiculaires au point d'insertion. Quelques fois elles continuent cette direction sur toute l'étendue de la tumeur; le plus souvent on les voit s'enrouler sur elles-mêmes formant des tourbillons et donnant au fibrome un aspect lobulé.

2° Entre les faisceaux des fibres, on rencontre des cellules jeunes, analogues aux éléments du sarcome. Tantôt elles sont arrondies, tantôt au contraire, fusiformes. Par endroits, les éléments se rapprochent davantage des cellules conjonctives adultes. La présence de ces éléments dans le fibrome nous explique l'accroissement quelquefois énorme, ainsi que la tendance si marquée de ces tumeurs à la récurrence.

3° Les vaisseaux contenus dans la masse des polypes ont le plus souvent une structure analogue aux vaisseaux des sarcomes; leurs tuniques sont incomplètes.

Dans notre cas, on trouve des lacunes vasculaires tapissées par un simple endothélium, quelquefois ces vaisseaux sont très développés. Ces deux faits, richesse du réseau vasculaire et fragilité de leurs parois nous expliquent suffisamment les hémorragies toujours abondantes et souvent mortelles, qui se produisent pendant l'évolution ou l'ablation de ces tumeurs.

Parmi leurs transformations possibles, la plus importante est, d'après Weber, la transformation sarcomateuse. La calcification, l'infiltration séreuse, la dégénérescence kystique sont exceptionnelles.

Le tissu propre du polype naso-pharyngien est toujours recouvert par la muqueuse sous laquelle il s'est développé. Cette muqueuse est toujours très vasculaire.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC

SYMPTOMES

Le fibrome nasopharyngien est une maladie de l'adolescence et s'observe presque exclusivement dans le sexe masculin. Dans son évolution, on peut distinguer trois périodes symptomatiques :

1° Le début ; 2° la période d'état ; 3° la période d'envahissement.

1° *Début*. — A leur début, les polypes fibreux passent généralement inaperçus. L'adolescent se plaint d'abord d'un enchifrènement plus ou moins marqué, d'une gêne respiratoire légère, il a des envies fréquentes de se moucher. Cependant, dès cette époque, on constate des épistaxis en apparence insignifiantes mais qui peuvent déjà mettre sur la voie du diagnostic d'un néoplasme nasal ou naso-pharyngé ; bientôt les sécrétions deviennent plus abondantes, un écoulement séreux se fait par les narines.

La céphalalgie est aussi un des symptômes des plus fréquents de ce début. Elle est sourde, gravative.

2° *Période d'état.* — La tumeur s'augmentant de volume, le malade éprouve la sensation généralement assez nette d'un corps étranger faisant obstacle à la respiration, le goût, l'odorat sont émoussés, l'ouïe est souvent affaiblie. Cette surdité est due à des phénomènes congestifs du côté de la trompe ou à l'oblitération de celle-ci par le polype. Bientôt les symptômes fonctionnels s'accroissent. A mesure que la tumeur augmente de volume, la respiration par le nez devient de plus en plus difficile. L'écoulement nasal ne tarde pas à devenir muco-purulent et même fétide ; les épistaxis redoublent de fréquence et d'intensité ; parfois elles prennent des proportions assez considérables pour mettre la vie du malade en péril. La déglutition est gênée, les liquides ingérés ont tendance à refluer vers les fosses nasales. Lorsque la tumeur vient toucher le voile du palais, elle détermine des nausées.

A ce moment, les signes physiques sont à peu près au complet. Si on examine directement, ou à l'aide du spéculum les fosses nasales, on trouve dans une des narines ou dans les deux, une tumeur rosée ou rouge, dure et peu mobile. A l'inspection de la gorge, on voit le voile du palais abaissé, soit en totalité, soit d'un seul côté. Si la tumeur atteint un certain volume, elle peut faire saillie dans le pharynx buccal. Le doigt introduit dans la bouche est recourbé en crochet derrière le voile du palais, le malade ayant la tête renversée en arrière, permet de reconnaître le volume et la consistance du

fibrome ; son point d'implantation est souvent facile à apprécier.

L'examen rhinoscopique postérieur est surtout utile au début, plus tard il est rarement facile.

3° *Période d'envahissement.* — C'est pendant cette période que le polype se développant de plus en plus, envoie des prolongements dans les cavités voisines et provoque des déformations caractéristiques. Des nouveaux symptômes s'ajoutent alors aux précédents. Ces symptômes, tant physiques que fonctionnels, varient suivant la direction suivie par les prolongements.

Le prolongement nasal en augmentant de volume peut obstruer complètement les fosses nasales, la respiration par le nez devient alors impossible ; en même temps, le malade a des crises de suffocation. L'envahissement du canal lacrymo-nasal donne naissance à de l'épiphora et même à une tumeur lacrymale. En plus, le prolongement nasal déforme le nez. Il est aplati et dévié.

La pénétration du polype dans la cavité orbitaire, se traduit par des symptômes, dont les plus importants sont l'exophtalmie, la diplopie, les névralgies et les paralysies par compression et la cécité par atrophie du nerf optique.

Quant au prolongement zygomatique et temporal, il produit une gêne plus ou moins grande dans les mouvements du maxillaire inférieur quelquefois même le déplacement du condyle et une déformation caractéristique.

Le fibrome naso-pharyngien peut envahir enfin la

cavité crânienne. Il serait très important au point de vue de l'opération de pouvoir dire à l'avance si un prolongement a pénétré dans la boîte crânienne. Les signes de compression cérébrale, céphalée, somnolence, vertiges, vomissements, seraient affirmatifs, mais on les observe rarement ; on sait, en effet, combien l'encéphale s'habitue facilement à une compression lente et progressive. D'après Gandt, l'atrophie de la papille indiquerait toujours un prolongement crânien. Michaux a démontré qu'elle peut exister avec un prolongement orbitaire seul. Ce symptôme n'aurait de valeur que dans le cas de double atrophie blanche, dénotant une lésion du chiasma ou des deux bandelettes optiques.

A cette période de l'évolution des polypes, l'état général du malade s'altère et bientôt apparaissent les signes de la cachexie la plus profonde.

La mort peut être déterminée : 1° Par asphyxie ; 2° Par des hémorrhagies incoercibles ; 3° Par un empoisonnement septique ; 4° Par des accidents cérébraux.

Tel est l'ensemble des symptômes que présente le polype pendant son évolution dans la grande majorité des cas. Cependant, on voit certaines anomalies, certaines particularités qui doivent nous arrêter.

Un fait très remarquable est que les polypes nasopharyngiens peuvent, lorsque les malades sont sur le point d'atteindre l'âge adulte, s'arrêter et même rétrograder, absolument comme les fibromes utérins à l'époque de la ménopause. Ce fait a été signalé pour la première fois par Legouest. Depuis plusieurs exemples sont venus corroborer l'opinion de M. Legouest.

Ils peuvent aussi comme dans notre cas se développer

anormalement, et alors un grand nombre de symptômes principaux manquent.

Un autre fait qui a son importance est que ces tumeurs quelques fois peuvent prendre un développement énorme sans provoquer des troubles sérieux. Chez notre malade l'englobement de toute une série des nerfs n'a donné naissance qu'à des troubles insignifiants; seul le nerf optique s'est atrophié.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de polypes fibreux au début est très difficile. Les épistaxis et les symptômes d'un coryza chronique indéfiniment prolongés, peuvent nous faire soupçonner la présence d'un polype; mais seul l'examen rhinoscopique peut trancher la question. Il est probable que si cet examen était plus répandu, les fibromes nasopharyngiens seraient moins souvent méconnus à leur début.

A la période d'état le diagnostic se simplifie, les affections avec lesquelles on peut les confondre sont les suivantes :

Les polypes muqueux, mais ceux-ci même quand ils s'insèrent vers l'orifice postérieur des fosses nasales se distinguent par leur multiplicité, leur mollesse, leur coloration blanc-grisâtre et leur extrême mobilité.

Les tumeurs du voile du palais ne sauraient non plus prêter à confusion. Le toucher et la rhinoscopie postérieure en montrant le point d'implantation lèveraient tous les doutes.

Les végétations adénoïdes donnent lieu à des accidents analogues à ceux du fibrome, ils diffèrent par leur morphologie à la rhinoscopie postérieure l'hypertrophie concomitante des amygdales, le facies adénoïdien.

Il est facile d'éliminer aussi la rhinite hypertrophique et les corps étrangers des fosses nasales.

Beaucoup plus difficile à faire est le diagnostic avec les tumeurs malignes. L'âge du sujet doit entrer ici en considération importante, les tumeurs malignes des sinus et des fosses nasales s'observant surtout chez les sujets âgés ; ils s'accompagnent en plus d'adénopathie ganglionnaire, des douleurs lancinantes, de cachexie rapide et progressive.

Chez notre malade, il fallait en plus faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs du maxillaire supérieur. L'hypothèse d'une tumeur maligne du maxillaire pouvait être écartée en raison de la longue durée de l'affection et du bon état général. La seule tumeur avec laquelle elle avait une grande ressemblance et à laquelle on a pensé au début, c'était une tumeur vasculaire du maxillaire. La présence des battements rendait la confusion plus facile. Il ne faut donc pas perdre de vue la possibilité d'un cas pareil et chercher du côté du pharynx s'il y a d'autres signes qui puissent nous éclairer sur le vrai point de départ du néoplasme.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement des polypes naso-pharyngiens est entièrement chirurgical. Si le polype est peu développé, et ne présente pas une base d'implantation très large, il peut être traité, au moyen d'une opération simple, et par les voies naturelles. Les méthodes le plus souvent employées sont : la compression, l'excision, l'arrachement, la rugination, la ligature, la cautérisation. Si au contraire la tumeur présente un volume énorme, ou si la répullulation très rapide démontre qu'une cure non radicale ne peut conduire à un résultat favorable, on est obligé de recourir à des méthodes composées, qui ont pour but d'atteindre la tumeur par des voies artificielles à l'aide d'opérations préliminaires.

Pour les pratiquer, on peut suivre trois voies différentes : 1° La voie palatine ; 2° la voie nasale ; 3° la voie maxillaire, d'où le nom des trois méthodes : palatine, nasale, maxillaire. Nous les passerons en revue en

insistant surtout sur la dernière, qui a été appliquée dans notre cas.

1° *Méthode palatine*. — L'idée en revient à Manne (d'Avignon), qui le premier, en 1717, incisa le voile du palais sur la ligne médiane pour arriver sur le point d'implantation d'un fibrome naso-pharyngien. Dieffenbach en 1834 et Maisonneuve en 1859 modifièrent légèrement la méthode en faisant une boutonnière palatine et en respectant le bord libre du voile du palais. Boeckel a modifié la direction de l'incision en la faisant transversale.

Nélaton pour créer une voie plus large, ajouta à la fente palatine la résection d'une portion de la voûte palatine.

Les indications de cette voie palatine sont en général restreintes, elle ne s'adresse guère qu'aux polypes peu développés et sans prolongements. Elle a comme avantage de n'entraîner à sa suite ni cicatrices, ni difformités apparentes, elle est d'une exécution facile; le bistouri n'intéresse que des parties peu importantes, mais elle peut produire des troubles de la déglutition et de phonation et exposer à des hémorrhagies; en plus elle n'ouvre pas une route suffisante.

2° *Méthode nasale*. — Elle est des plus anciennes. Hippocrate, Celse incisaient les parties molles du nez pour mieux aborder les fosses nasales. La méthode a été remise en honneur par Dupuytren et Chassaignac et singulièrement améliorée par Verneuil et Ollier.

Comme dans la méthode palatine les opérations préliminaires peuvent être limitées aux parties molles ou

s'accompagner de section osseuse et même de résection temporaire.

M. Ollier a perfectionné la méthode de la résection temporaire en pratiquant l'ostéotomie verticale et latérale du nez et son renversement de haut en bas.

La voie nasale est souvent la méthode de choix, surtout quand le polype a son siège à la partie supérieure des fosses nasales. La route ouverte par la voie nasale est assez large et conduit aussi directement que possible sur la tumeur. Elle donne aussi plus de garanties que la voie palatine contre les hémorrhagies. La route ouverte par la voie nasale peut être agrandie au besoin tandis que la voie palatine est limitée aux dimensions du palais.

Méthode maxillaire. — C'est la méthode la plus récente ; elle consiste dans la résection définitive ou temporaire du maxillaire supérieur.

Cette opération a été faite pour la première fois par Syme (d'Edimbourg) en 1832. Quelques années plus tard Flaubert (de Rouen), Michaud (de Louvain), puis Robert, Maisonneuve, Huguier et enfin Verneuil ont suivi son exemple. Pour éviter les difformités qui peuvent résulter de la résection du maxillaire supérieur, M. Ollier a proposé d'employer la méthode sous-périostée.

La méthode maxillaire est indiquée dans les cas où la base d'implantation de la tumeur est très étendue et où la tumeur a des prolongements considérables.

Les avantages de cette méthode sont nombreux. Elle ouvre vers la base du crâne une brèche énorme permettant de diriger mieux les instruments, d'enlever tous les prolongements et d'arriver au pédicule latéralement

pour l'attaquer d'emblée. Les hémorrhagies qui se produisent pendant l'ablation du polype sont réprimées plus facilement. Malheureusement cette méthode présente aussi des inconvénients très sérieux parmi lesquels les plus importants sont la perte d'une moitié de la voûte palatine et de l'arcade dentaire, la déviation du globe oculaire, une paralysie plus ou moins complète de la face, des cicatrices étendues et apparentes.

On a cherché à atténuer les dangers et les inconvénients de la résection du maxillaire supérieur en faisant des résections partielles. Dans ces dernières opérations, les uns respectent le plancher de l'orbite (Chas-saignac), les autres la voûte palatine.

Parmi les accidents qui peuvent survenir pendant l'ablation du polype un des plus terribles est sans doute l'hémorrhagie.

« Les opérations préliminaires, dit le professeur Verneuil, donnent déjà lieu à un écoulement de sang considérable; mais lorsqu'on saisit le polype et qu'on pratique la section, l'hémorrhagie redouble et atteint des proportions inquiétantes ». Le sang coule à flots et de toutes les issues; il coule dans le pharynx, dans le larynx, suffoque le malade, masque la plaie et force l'opérateur, couvert lui-même de sang, à interrompre à chaque instant l'acte opératoire.

C'est pour éviter l'hémorrhagie et passer en dehors de la tumeur que M. Jaboulay a décidé l'ablation totale du maxillaire supérieur. La ligature de la carotide externe rendait les chances d'une hémorrhagie moins probables.

Un autre accident, qu'il est impossible de prévoir et

contre lequel nous sommes désarmés est la mort subite par syncope dans les opérations de polype naso-pharyngien *sans hémorrhagie notable* lorsqu'il existe un prolongement intra-crânien.

M. S. Pozzi attribue cette mort aux causes suivantes : 1° rétrécissement de la cavité crânienne par la destruction plus ou moins avancée de la base du crâne; 2° La brusque soustraction d'une certaine quantité de sang aux organes encéphaliques et en particulier au bulbe. Suivant que ces causes agissent avec plus ou moins d'intensité, la syncope sera passagère ou mortelle.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. CAVAILLON, interne des hôpitaux de Lyon (1).

La première partie de cette observation est le résumé de la communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, en 1900, par M. VINCENT qui opéra une première fois le malade à cette époque.

X..., entre le 27 avril 1900 dans le service de M. Vincent, pour une affection de la face. Cet enfant est âgé de 12 ans; il est le seul survivant de cinq frères ou sœurs. Il y a six mois, commença à se montrer du côté gauche une tuméfaction qui pouvait être regardée comme la conséquence d'une périostite alvéo-dentaire.

Le jeune malade présente la physionomie d'un sujet frappé de paralysie faciale gauche. L'arcade sourcilière gauche s'avance un peu plus que la droite; la paupière

(1) *Archives Provinciales de Chirurgie*, juin 1903.

supérieure est plus saillante, elle est abaissée et le malade ne peut la soulever complètement.

Exophtalmie; aucun trouble des membranes externes.

Le nez est dévié à droite; le pli naso-génien gauche est effacé. La joue est plus saillante sans être altérée; elle est soulevée par une tumeur dont il reste à déterminer la nature.

L'arcade zygomatique, la région temporo-zygomatique, sont soulevées. Si l'on palpe on constate que la tuméfaction générale est due à la fois à un peu d'œdème et à l'augmentation du volume du maxillaire supérieur, surtout à l'existence d'une tumeur. L'index introduit dans la bouche, entre la branche montante du maxillaire inférieur et la face externe du maxillaire supérieur, sent une tumeur de la grosseur d'une noix, sans adhérence, parfaitement mobile, paraissant provenir de la fosse zygomatique, peut-être même de la fosse ptérygo-maxillaire. La rhinoscopie postérieure, le toucher du pharynx montrent le cavum absolument libre. Cependant le cornet inférieur paraît plus volumineux, l'air passe moins abondamment du côté gauche.

L'examen ophtalmoscopique est rendu difficile par les mouvements incessants que le malade imprime à son globe oculaire. Il montre la papille droite saine, une atrophie blanche à gauche. L'artère rétinienne est diminuée de volume. En somme tous les signes d'une atrophie par compression.

L'œil est naturellement atteint de cécité complète, contrairement aux assertions formelles du sujet.

L'exploration de la sensibilité ne révèle rien.

La motricité est gênée, non altérée.

M. Vincent, en présence de ces symptômes, élimine le diagnostic de tumeur maligne de maxillaire supérieur, de gliome du nerf optique, d'actinomyose, et pense à un polype naso-pharyngien à implantation anormale, s'étant développé dans le sinus maxillaire, dans la fosse zygomatique. Il explique la cécité par un prolongement orbitaire.



Fig. 1. — Fibrome naso-pharyngien à prolongements multiples,
Malade vu de profil.

Intervention le 12 mars. — Incision de Nélaton pour la résection de la mâchoire supérieure. L'incision nasale ne descendit pas au-dessous de l'aile du nez. Le lambeau rabattu, on aperçoit sur le malaire le prolongement le plus externe de la tumeur. Au-dessus on le sent s'enfoncer dans la fosse zygomatique.

Ayant saisi ce prolongement avec une pince, il exerça des mouvements de traction et de torsion, qui n'aboutirent qu'à déterminer une hémorrhagie sans déraciner la tumeur. On fait sauter la paroi antérieure et externe du sinus; la tumeur apparut; le sang se mit à couler en abondance. Cette partie de la tumeur fut saisie avec des pinces, tordue, arrachée.



Fig. 2. — Fibrome naso-pharyngien à prolongements multiples, Malade vu de face.

Une hémorrhagie formidable, un jet de sang comme le pouce, inonde le malade et l'opérateur. On tamponne à la gaze l'antre et la fosse nasale, puis on exerce avec les pouces une pression énergique.

Le malade à ce moment tombe en syncope.

La respiration artificielle, les injections d'éther, etc., le ramènent péniblement à la vie.

Il fut impossible, à cause de la reprise de l'hémorrhagie, de replacer le lambeau osseux et de faire une suture régulière.

En présence de cette hémorrhagie, nous avons eu la crainte d'avoir déchiré un sinus veineux de la base. Il fut impossible de s'assurer du point d'implantation de cette tumeur très vasculaire.

Pendant plusieurs jours, l'état du malade fut précaire, il fallut faire des injections de sérum, de caféine, d'autant qu'un suintement sanguin ne cessait d'affaiblir le malade épuisé.

Le 15 mars, au pansement, l'hémorrhagie se renouvelle avec la même intensité.

Le 17, l'état général est un peu relevé, depuis que tout suintement sanguin a cessé. Mais la fièvre s'établit, avec suppuration. On établit un drainage par une controuverture faite à la partie inférieure de la joue.

Le 14 juin, le malade est présenté à la Société de Chirurgie. L'œil n'est plus projeté hors de l'orbite ; la paupière supérieure s'ouvre et se ferme bien. La cornée et la conjonctive sont intactes.

L'atrophie papillaire et la cécité persistent.

Examen histologique. — M. Paviot. « On a sous les yeux une tumeur exclusivement conjonctive, semée de grandes lacunes sanguines. Elle est formée d'un tissu conjonctif dense, de très fines fibrilles tourbillonnantes, et semée de petits noyaux en virgule. Il y a de grandes lacunes, remplies de sang, auxquelles on ne distingue pas d'autre paroi que le tissu conjonctif de la tumeur qui les entoure. En somme, fibrome pur, très vasculaire, c'est tout ce que l'on peut dire ».

*
* *

Pendant les trois années qui ont suivi sa sortie de la Charité, cet enfant a pu reprendre sa vie ordinaire. La cécité est demeurée absolue, à gauche. L'exophtalmie s'est rapidement reproduite.

Depuis deux mois seulement est apparue dans l'ancienne cicatrice de la région molaire, une tumeur qui distend la peau en ce point.

Le malade rentre le 19 décembre 1902, salle Saint-Sacerdos, à la clinique de M. le professeur Jaboulay.

A son entrée, on constate une asymétrie notable de la face. L'œil gauche est très fortement projeté en dehors ; les paupières ne peuvent parvenir à faire une occlusion complète. Cet œil est animé de mouvements de latéralité incessants.

La commissure des lèvres est attirée du côté malade, donnant au premier abord l'aspect d'une paralysie faciale. On retrouve la cicatrice de la première opération, sa portion externe est demi-circulaire, parallèle au rebord orbitaire, surélevée, comme distendue. Si l'on palpe cette région, on sent une tumeur molasse, réductible, animée de battements synchrones aux pulsations artérielles : cette tumeur paraît faire hernie à travers une brèche osseuse dont le bord inférieur est très nettement perceptible. La compression de la carotide du côté gauche amène l'affaissement de cette tumeur externe. Le toucher intra-buccal décèle sur le bord postérieur du maxillaire une seconde tumeur ayant les mêmes caractères que la première. L'impulsion donnée par le doigt à cette masse se transmet intégralement à

la tumeur faciale. L'exploration du cavum au doigt et au miroir reste négative.

Une lampe électrique placée dans la cavité buccale laisse la moitié gauche de la face parfaitement obscure dans sa portion supérieure et externe.

L'œil gauche est parfaitement propulsé en dehors ; cette exophtalmie n'est pas réductible. Le globe n'est animé d'aucun battement ; pas de souffle. Il ne semble pas qu'il s'agisse de bufphtalmie. La conjonctive oculaire et palpébrale est seulement très vascularisée, sans autres lésions. Le malade raconte qu'à la suite d'une épistaxis qui s'est déclarée il y a trois semaines, son œil serait rentré et que la rougeur des membranes externes se serait atténuée. Cette épistaxis est demeurée unique. La pupille réagit parfaitement ; aucune paralysie oculaire, sauf une certaine paresse dans les mouvements de l'abducens. La papille est blanche, nacrée, avec des vaisseaux tout petits.

Pas d'anesthésie dans le domaine du trijumeau. Les troubles fonctionnels sont presque nuls.

La voix est nasillarde ; l'air paraît se frayer un passage plus difficilement à gauche. La rhinoscopie antérieure ne montre rien d'anormal.

Notons enfin que pas le moindre phénomène cérébral ne vient assombrir ce tableau clinique ; jamais de céphalée, de vertige, pas de crises ; intelligence normale. La papille du côté droit ne présente pas trace d'œdème. L'ouïe est normale. Rien dans les urines.

En présence de cette tumeur, le diagnostic n'était pas sans difficultés.

On élimine l'hypothèse d'une tumeur maligne du

maxillaire supérieur en raison de la longue durée de l'affection et du bon état général. L'absence de toute constatation naso-pharyngienne, l'absence d'épistaxis faisait justice de l'idée de polype. On fait seulement le diagnostic de tumeur vasculaire du sinus, sans préciser davantage.

M. le professeur Jaboulay présente ce malade à la Société de chirurgie, où M. Vincent rapporte l'observation observée ci-dessus.

M. Jaboulay décide l'intervention. Au lieu d'aborder directement la tumeur comme l'avait fait M. Vincent une première fois, il préfère pratiquer l'ablation totale du maxillaire. Ceci lui permettait de passer en dehors de la tumeur très vasculaire et d'éviter ainsi l'hémorrhagie, qui avait obligé M. Vincent à ne pas terminer son opération la première fois. Cette résection du maxillaire devait être précédée de la ligature de la carotide externe.

Cette conduite opératoire fut soumise à la Société de Chirurgie. M. Vincent y donna son approbation.

Le 15 décembre 1902, M. Jaboulay pratique l'opération. — Anesthésie à l'éther puis au chloroforme. Dans un premier temps, la carotide externe est liée ; un fil d'attente est placé sous la carotide primitive. Incision classique de la résection du maxillaire. Cette résection s'opère sans incident, sans hémorrhagie, grâce à la ligature préalable.

On aperçoit alors dans le fond de la plaie une énorme masse, d'aspect néoplasique, paraissant adhérer à la fois à la base du crâne et aux apophyses ptérygoïdes.

Une pince à disséquer la saisit, l'ablation allait être

achevée aux ciseaux, quand l'externe chargé de l'anesthésie fait remarquer que la carotide a cessé de battre.

Respiration artificielle, pression sur le thorax, tractions de langue, injections d'éther, de caféine, ramènent le malade à la vie. La plaie est alors tamponnée et la suture faite, on ramène l'opéré dans son lit. Injection d'un litre de sérum artificiel. Le petit malade semblait complètement éveillé. Le cœur avait repris ses contractions normales, la respiration s'effectuait sans incident, quand brusquement il prend une seconde syncope contre laquelle tous les moyens mis en action demeurent impuissants.

Devant cette mort rapide, M. Jaboulay pensa qu'il avait eu à opérer une tumeur d'origine cérébrale.

Aussi, à l'amphithéâtre, son premier soin fut d'examiner la cavité crânienne. C'est là que nous devons trouver l'explication de cette mort brusque par syncope.

L'examen anatomo-pathologique comprend l'étude :
1° du maxillaire enlevé au cours de l'opération, avec la majeure partie de la tumeur qui y adhérait ;

2° de la pièce enlevée à l'amphithéâtre, constituée par la base du crâne, avec les différents prolongements intra-crâniens ;

3° l'examen histologique.

1° La pièce provenant de l'opération comprend le maxillaire supérieur dans sa totalité. Appendue à sa face postérieure et inférieure, on trouve une tumeur volumineuse entourant le maxillaire à la façon d'un fer à cheval. Cette masse molle, très vascularisée, occupait donc la fosse ptérygo-maxillaire.

Le plancher de l'orbite est parfaitement respecté. Le

sinus est libre, mais de dimensions très restreintes ; sa cloison externe a été refoulée en dedans par le développement du néoplasme.

La tumeur n'a donc pas envahi le sinus ; on pourrait supposer cependant que ce qui actuellement figure la cloison externe de l'antre n'est que le produit d'un travail d'ossification effectué sous l'influence de la première opération.

Toutefois la paroi antérieure du sinus n'a subi aucune espèce d'effraction. On retrouve en dehors du sinus, sur la face antérieure du maxillaire, la brèche opératoire faite par M. Vincent. Les bords de cette brèche étaient parfaitement sentis sur le vivant, et la tumeur semblait avoir fait éclater la paroi antérieure, pour sortir au dehors.

En réalité, la tumeur s'est développée d'arrière en avant, et n'a gagné la face qu'en passant au-dessus, et au-dessous du malaire, après avoir envahi la fosse zygomatique. La première intervention n'a pas intéressé le sinus, mais a consisté en une résection partielle du malaire et du maxillaire, sans ouvrir sa cavité.

2° L'examen de la pièce enlevée à l'autopsie nous a éclairé davantage sur l'origine et le mode de propagation de notre tumeur.

Frappé par la brusquerie de la mort à la suite de la tentative d'ablation du prolongement postérieur, M. Jaboulay pensa d'emblée qu'il s'agissait de quelque chose d'intracrânien. Aussi son premier soin fut-il de diriger nos recherches dans ce sens-là. Il se souvenait d'un malade opéré par lui (il y a quelques dix ans) d'un fongus de la dure-mère ; son opéré était entré en syn-

cope dès qu'il avait essayé de toucher à cette tumeur méningée faisant issue au dehors du crâne.

Dès que fut enlevée la calotte crânienne et le cerveau, nous apparurent sur la base du crâne trois tumeurs groupées autour de la selle turcique.

Avec un ciseau, on fait sauter la base du crâne et il est possible d'étudier la pièce plus à l'aise.

Sur la face supérieure, une première tumeur occupe le centre même de la fosse pituitaire. La dure-mère a été soulevée, puis perforée ; au-dessus d'elle la tumeur a le volume d'une noisette. En avant, une deuxième, qui ne dépasse pas le volume d'un pois. Toute la gouttière caverneuse du côté gauche est envahie.

Ici la dure mère n'est pas perforée, mais seulement soulevée, tendue au maximum. En avant, cette masse se prolonge dans l'orbite jusqu'à la fente sphénoïdale.

La partie postérieure du plafond de l'orbite est effondrée ; la tumeur a pu par là gagner la cavité rétro-oculaire. Le nerf optique est complètement entouré ; l'œil repoussé franchement en avant. Grâce à cette destruction osseuse qui lui a livré passage, les nerfs moteurs de l'œil et les branches de l'ophtalmique ont pu échapper à la compression.

Si l'on retourne la pièce, on voit sur la face inférieure du corps du sphénoïde une énorme masse adhérente en ce point. Sa grosseur est comparable à celle d'un œuf. Le plafond pharyngien est donc bien le point d'implantation primitif de la tumeur. Mais celle-ci a contracté secondairement des adhérences avec l'apophyse ptérygoïde et les différents os de la région.

Il est difficile de comprendre comment ont été res-

pectées les deux autres branches du trijumeau dont les orifices de sortie étaient englobés dans cette masse néoplasique.

Rappelons que cet enfant n'a jamais présenté aucun trouble sensitif ou autre qui pût être rapporté à une lésion de la V^e paire. Les maux de dents dont il a souffert s'expliquent suffisamment par la compression qu'exerçait la partie rétro-maxillaire de la tumeur sur les nerfs dentaires postérieurs à leur entrée dans le maxillaire.

Si l'on fait passer un trait de scie antéro-postérieur par le milieu de la selle turcique, on est étonné de la friabilité de l'os. Sur la coupe, tout le corps du sphénoïde présente un aspect gris, tranchant nettement avec l'aspect de l'os normal. Le ciseau pénètre facilement l'os. Les tumeurs intra-craniennes se continuent directement avec la masse pharyngienne. L'os a été détruit complètement ; la base du crâne n'est plus, à ce niveau, qu'un énorme noyau fibreux.

Si l'on voulait maintenant réunir ces constatations analytiques en synthèse, on pourrait décrire ainsi la marche de la tumeur. Née dans le naso-pharynx, au point d'implantation classique des fibromes, elle s'est développée dans deux directions, l'une supérieure, l'autre latérale externe.

Le prolongement supérieur a perforé la base du crâne, envahi la cavité crânienne et l'orbite. L'envahissement de cette cavité n'a pas eu lieu par le mécanisme ordinaire, qui est l'effondrement de la paroi orbitaire du sinus.

Le prolongement externe s'est répandu dans la fosse

ptérygo maxillaire, la fosse zygomatique ; il a gagné la face non pas par le chemin le plus direct, qui l'aurait obligé à détruire cet os, mais par une voie plus détournée, elle a fait le tour du maxillaire supérieur.

Le cerveau ne présentait aucune lésion sur des coupes sérieées.

La tumeur enlevée sur [le cadavre ne présentait plus l'aspect vasculaire qu'elle avait sur la pièce opératoire ; on avait affaire à une masse dure, fibreuse, en un mot, à quelque chose ressemblant macroscopiquement à du fibrome et non à de l'angiome.

3° M. Paviot a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la tumeur ; il nous a donné la réponse suivante : « Aujourd'hui la réponse histologique serait identique à ce qu'elle fut autrefois, et on voit une nappe dont la substance fondamentale est constituée par des fibres conjonctives très pales, faisant des tourbillons coupés en travers ou obliquement. A ces fibrilles sont accolés des noyaux à chromatine, très développés, très vigoureusement colorés.

Ces noyaux, selon la place dont ils disposent, sont ovoïdes, fusiformes, bacillaires et même étoilés. Cette nappe générale est trouée de lacunes vasculaires creusées à même la nappe. Un simple endothélium limite ces cavités. Autour de certaines d'entre elles, les noyaux sont peut être plus abondants, mais gardent les mêmes caractères.

Sur une coupe, on voit à une extrémité des îlots et des traînées dont la constitution est très légèrement différente, c'est-à-dire, que la substance fibrillaire fondamentale est moins abondante par rapport à des noyaux

en bâtonnets beaucoup plus abondants. Ces îlots, quand ils sont coupés en travers, donnent absolument l'impression de fascicules nerveux. Nous trouvons même un faisceau nerveux très facilement reconnaissable, qui sert de voie d'extension de la tumeur.

Sur d'autres coupes qui passent par le nerf optique et les muscles de l'œil, on peut constater que le nerf optique atrophié est, en ce point là du moins, respecté par la tumeur. Autour de lui on voit les filets des nerfs ciliaires très aisément reconnaissables par les cellules du type sympathique, qui sont échelonnées le long de certains d'entre eux.

Ces filets sont aussi respectés par la tumeur.

Sur ces coupes dernières on ne trouve qu'un muscle envahi par elle et ayant le caractère de grande nappe à substance fondamentale hyaline, parsemée de noyaux, creusée de grandes cavités vasculaires.

En somme, on doit dire : tumeur, d'origine conjonctive pour employer la terminologie ancienne : fibrosarcome, c'est-à-dire néoplasie du tissu conjonctif à développement local excentrique indéfini, mais non susceptible de se généraliser ; c'est à ce seul titre qu'on peut la considérer comme maligne.

Au surplus, l'abondance des vaisseaux prouve surabondamment son actif développement.

OBSERVATION II

De M. NÉLATON, publiée dans la thèse ROBIN-MASSÉ

Le 14 juillet 1864, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 2, service de M. Dénonvilliers, le

nommé Maurice Tissier, âgé de 14 ans, demeurant boulevard Pereire. Ce garçon s'est aperçu, il y a deux ans, qu'il ne respirait plus que difficilement par le nez, on lui disait qu'il ronflait en dormant, la bouche restant ouverte. Vers le mois de novembre 1862, il fut pris d'une épistaxis peu abondante, un an après, il eut un second saignement du nez assez considérable pour nécessiter l'emploi du tamponnement. Il y a un an, la joue droite commença à grossir; à cette époque, il y eut un peu de gêne de la mastication. Depuis un mois à peu près, il y a de la surdité de l'oreille droite.

Pas de troubles de la vue.

Etat actuel. — Déformation considérable de la joue droite, qui a plus que doublé de volume. On sent, à travers les téguments de la joue et sous la muqueuse buccale, une tumeur globuleuse, un peu bosselée, ayant au moins le volume d'un œuf, qui fait saillie entre les deux mâchoires, quand la bouche est ouverte. Cette tumeur arrive en avant à 1 centimètre de l'aile du nez, à 2 de la commissure labiale droite; elle remonte jusqu'à 1 centimètre du rebord orbitaire inférieur et jusqu'à l'arcade zygomatique; elle descend jusqu'au milieu de la hauteur du maxillaire inférieur, en arrière, elle est séparée par un intervalle de 2 centimètres de l'angle de la mâchoire inférieure.

Cette tumeur présente une certaine mobilité, excepté à la partie postérieure, au niveau du trou sphéno-palatinal, dans lequel elle paraît s'engager par un pédicule étroit. Cette tumeur n'est douloureuse que quand on exerce des pressions assez fortes sur elle,

L'air ne passe que très difficilement par la narine droite et un peu mieux par la gauche.

Il n'y a pas de prolongement nasal, car la vue ne permet de rien voir de ce côté. Une sonde de femme passée dans les narines n'est arrêtée qu'au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales. Une sonde en gomme élastique d'un diamètre de 3 millimètres pénètre même facilement jusque dans le pharynx.

Le doigt passé derrière le voile du palais sent une tumeur de volume d'une très grosse noisette, qui paraît avoir une large base d'implantation et obstrue presque complètement les orifices postérieurs des fosses nasales.

Le voile du palais est un peu refoulé du côté de la cavité buccale ; pas de déformation de la voûte palatine.

Le maxillaire supérieur droit n'est nullement déformé, les dents qui sont implantées dans cet os présentent une disposition très irrégulière, mais qui existait déjà longtemps avant l'apparition de la tumeur.

OBSERVATION III

De M. SYME, d'Edimbourg, traduite par VERNEUIL,

Wood (Thomas) de Gifford, entré à l'hôpital en janvier 1832, pour un polype de la narine droite qu'on pouvait apercevoir à l'orifice antérieur de la fosse nasale, et sentir en portant les doigts en arrière du voile du palais.

Il existait depuis plusieurs mois et s'accroissait rapidement,

On essaya, peu de temps après l'admission du malade, d'extraire la tumeur, et l'on constata qu'elle affrait cette structure ferme et fibreuse décrite spécialement par Dupuytren ; elle se laissait déchirer en long, mais elle résistait aux efforts de rupture transversale comme un tendon et saignait copieusement quand on y touchait.

D'après Dupuytren, ce genre de tumeur est rapidement et inévitablement mortel, si on permet son développement, et l'avulsion est le seul moyen efficace de la détruire.

C'est pourquoi on essaya à plusieurs reprises d'attacher le polype tout à la fois par le nez et par la bouche. Une pince à fortes branches et à dents saillantes fut construite dans ce but, et la narine fut incisée et ouverte pour favoriser son application.

Quelques débris furent seuls extraits, et l'on découvrit bientôt que les insertions étaient étendues au point de rendre l'opération impraticable.

Le patient fut donc renvoyé dès que l'incision de la narine fut guérie ; il revient le 12 août, très affaibli et le visage profondément altéré.

Le polype se montrait tout à la fois au dehors des narines et derrière le palais. Il y avait eu plusieurs hémorragies considérables, il était évident que si la maladie n'était pas détruite, le malade périrait prochainement, d'urgence autorisant les moyens les plus extrêmes.

On s'était assuré que les insertions s'étendaient tout autour de l'orifice postérieur des fosses nasales et tout portait à croire que l'ablation de l'os maxillaire supérieur

les rendrait accessibles. Cette opération fut donc pratiquée ainsi qu'elle a été décrite dans notre dernier compte rendu, et sans autre difficulté que la résistance de l'opéré, qui avait perdu tout son empire sur lui-même.

Après qu'on eut enlevé l'os, il fallut une grande force pour détacher la tumeur de ses insertions, elle fut totalement extraite ; elle mesurait quatre pouces de longueur, deux et demi de largeur et un et demi d'épaisseur.

L'artère supérieure fut le seul vaisseau profond qui exigeât la ligature. La cavité fut remplie de fragments de lin, et les angles de la plaie furent réunis par la suture. Le lendemain soir, le pouls était plein et fréquent, la respiration difficile, on fit une saignée de douze onces. (L'indication d'une saignée ne me semble pas bien démontrée chez un malade aussi affaibli que celui-là). Le jour suivant, respiration facile, la plaie paraissait disposée à se réunir par première intention, tout semblait aller du mieux, et le malade prit de la nourriture. Le matin suivant, un de ses voisins lui parla à 5 heures, il se disait très bien ; à 6 heures, on le trouva mort.

A l'autopsie on découvrit un autre polype, qui prenait naissance dans la narine gauche et adhérait non seulement à tout le bord supérieur, et le latéral de son orifice pharyngien, mais encore à la base du crâne. Sans aucun doute il échappa à la vue lors de l'opération, parce qu'il avait été refoulé par le premier, sans doute aussi il avait augmenté de volume depuis qu'il était soustrait à la compression.



CONCLUSIONS

I. — Les fibromes naso-pharyngiens peuvent se développer d'une façon anormale. Dans ce cas, un grand nombre de symptômes principaux manquent et rendent le diagnostic difficile.

II. — Lorsqu'il existe un prolongement intra-crânien, la mort subite par syncope peut s'observer, pendant l'opération, même si l'hémorrhagie n'a pas été importante.

III. — Le pronostic des opérations pratiquées pour les polypes naso-pharyngiens doit être plus réservé qu'on ne le pense généralement.

IV. — Le prolongement intra-crânien, le plus souvent, est impossible à diagnostiquer et ne provoque aucun trouble cérébral. L'englobement d'un grand nombre des nerfs crâniens peut se faire aussi sans provoquer des troubles nerveux bien importants.

V. — La seule opération rationnelle dans les polypes, avec point d'implantation secondaire sur le maxillaire, est la résection du massif de la mâchoire supérieure.

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu:

Pour le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 juillet 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- SPILLMANN. — Dict. encycl. des Sc. méd. 1879, art. nez.
- GÉRARD-MARCHANT. — Fibromes naso-pharyngiens, traité de Chir., 1891.
- CASTEX. — Fibromes naso-pharyngiens, traité de Chir. 1897.
- POZZI. — Causes de la mort subite dans les opérations de polypes naso-pharyngiens (congrès de Lille, 1874).
- ROBIN-MASSÉ. — Thèse de Paris, 1864.
- D'ORNILLAS. — Anat. path. et traitement des polypes fibreux. Thèse de Paris, 1854.
- OLLIER. — Académie des sciences et Soc. de chir. 1889 et 1893.
- VERNEUIL. — Bull. de la Soc. de chir., 1873.
- PÉAN. — Clin. chir. de l'hôpital Saint-Louis, Paris, 1879.
- POSTEL. — Thèse de Paris, 1867.
- MICHAUX (de Louvain). — Considérations sur les polypes naso-pharyngiens, Bruxelles, 1847.
- ROBERT. — Les tumeurs fibreuses des fosses nasales et du pharynx. Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1860.
- VINCENT. — Soc. de chir. de Lyon, 1900.
- CAVAILLON. — Arch. provinc. de chir., 1903.

